

別記

第1号様式（第6条関係）

柏崎市不育症治療費助成事業申請書

柏崎市長 様

関係書類を添えて、次のとおり不育症治療費の助成を申請します。

年 月 日

申請者夫	(ふりがな) 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	〒		
申請者妻	(ふりがな) 氏名		生年月日	年 月 日
	住所 ※夫婦の住所が異なる場合に記入	〒		
日中連絡可能な電話番号		()	夫・妻・その他()	
申請回数		回目 (前回の申請 年 月)		
自己負担合計額		円		
高額療養費制度による助成		<input type="checkbox"/> 有 (円) <input type="checkbox"/> 無 (限度額認定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 不明		
付加給付制度による助成		<input type="checkbox"/> 有 (円) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
今回の治療に対し、他の自治体からの不育症治療費助成の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
振込先	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協 支店		
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	(ふりがな) 口座名義人	()		

【添付書類】

- 1 柏崎市不育症治療費助成事業受診等証明書（第2号様式）
- 2 同意書（第3号様式）
- 3 保険医療機関・薬局発行の領収書及び明細書（写し可）
- 4 振込口座の確認できるもの（申請者名義の通帳やキャッシュカード等）
- 5 高額療養費や付加給付による助成がある場合 限度額適用認定証や制度の助成額の分かる書類
- 6 夫婦の住所が異なる場合 申請者のいずれか一方の戸籍謄本
- 7 事実婚の場合 両人の戸籍謄本と事実婚関係の申立書（第4号様式）

【申請時に持参するもの】

申請者（2人分）の加入保険資格情報が分かるもの

【事務処理欄】

申請受理年月日	年 月 日	対象自己負担額	円
市税等の未納の有無	有・無	医療保険からの給付額	円
決定年月日（承認・不承認）	年 月 日	助成決定額	円